

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)

1.1 ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด ก

รหัสประจำตัวพนักงาน เลขประจำตัวประชาชน

1.2 ข้าพเจ้าเลือกสวัสดิการการรักษาพยาบาล แบบ 1. หักเงินเดือน 10% (เบิกได้ 200,000 บาท ต่อปี)
 แบบ 2. สมทบกองทุนประกันสังคม 5% (เบิกได้ 20,000 บาท ต่อปี)

1.3 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล คนไข้นอก คนไข้ใน ประจำปีงบประมาณ.....ครั้ง ดังนี้

- ข้าพเจ้า จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- มารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- บุตร คนที่ 1) ชื่อ ว/ด/ป เกิด จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- บุตร คนที่ 2) ชื่อ ว/ด/ป เกิด จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- บุตร คนที่ 3) ชื่อ ว/ด/ป เกิด จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น บาท
 (.....)

ป่วยเป็นโรค

1.4 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง และต้องการเบิกเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม และ/หรือ สิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเกินไปจากสิทธิที่พึงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ ระวังการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบจากภาควิชา/หน่วยงาน (ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
 (.....) (.....)

วัน/เดือน/ปี วัน/เดือน/ปี

2. ส่วนของคณะ/สถาบันฯ

2.1 คำรับรอง

เรียน คณะบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ตามข้อบังคับฯ /ประกาศ และระเบียบที่กำหนด และมีวงเงินกองทุน สวัสดิการฯ คงเหลือจริง สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ครั้งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้ บาท

หัก เบิกครั้งนี้ บาท

คงเหลือหลังหักครั้งนี้ บาท

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)
 (.....) (.....)

ผู้ตรวจสอบใบเบิกสวัสดิการ หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคลหรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2.2 คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)
 (.....)

ตำแหน่ง

คณะบดี/ผู้อำนวยการฯ

วัน/เดือน/ปี

3. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
 (.....) (.....)

วัน/เดือน/ปี วัน/เดือน/ปี

คำชี้แจง

- ๑) สังกัด ให้ระบุภาควิชา/งาน และส่วนงานที่สังกัด
- ๒) มีสิทธิรักษาพยาบาล ให้ระบุสิทธิรักษาพยาบาลที่มีอยู่ เช่น สิทธิข้าราชการ สิทธิผู้รับบำนาญ หรือหน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๓) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ให้ระบุจำนวนเงินรวมจากใบเสร็จรับเงินทุกฉบับ
- ๔) โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น ให้ระบุจำนวนเงินรวมตามสิทธิที่ขอเบิกครั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ดังนี้
- 1) พนักงานมหาวิทยาลัย - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ
 - 2) ครอบครัวสิทธิประกันสังคม - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ
 - 3) ครอบครัวสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ - ไม่สามารถเบิกได้
 - 4) ครอบครัวสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ - เบิกได้เฉพาะส่วนที่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ